

CAPACIDADE E CAPACIDADE RESIDUAL: PROPOSTA DE CONCEITOS E BAREMA* COM BASE NOS DORT**

Rubens Cenci Motta***

O estabelecimento de capacidades, físicas e mentais, é atividade dos peritos médicos, que visa a determinar perdas, quer sejam para fins de elucidar casos onde se busca benefícios indenizatórios, ou mesmo para afastamentos do trabalho. Diversos estudos revelam que há uma busca constante por parte dos peritos médicos no sentido de se estabelecer critérios equivalentes e equânimes, que possam reproduzir e demonstrar, sempre que necessário, a quantificação da limitação, física ou mental, encontrada com a máxima objetividade possível, e destas com as possibilidades para o labor.

A comunidade científica mundial já tem disponibilizados diversos Baremos, todavia, no Brasil, ainda não foram publicados Baremos físicos, mentais ou laborais. No campo securitário temos a Tabela SUSEP¹, porém, não é tabela de conteúdo médico e sim apenas atuarial, que não se presta ao uso fora dos casos específicos que a Lei assim determina. Assim sendo, o perito médico poderá adotar aquele que cientificamente melhor se adapta à sua formação técnica. Considerando que, no que diz respeito à saúde, não se pode pretender um processo com o rigor científico da matemática, é necessário o estabelecimento de um padrão de quantificação que venha a atender às expectativas médico-legais, especialmente no âmbito administrativo de concessões e do direito trabalhista, e, ainda, para subsidiar e permitir que processos de adaptação ou mesmo de reabilitação profissional sejam propostos sobre bases consistentes. Portanto, não há como se estabelecer capacidades ou incapacidades sem a mensuração de valores e, desta forma, não se pode evitar o conceito matemático, mesmo que algo impreciso, nas avaliações periciais médicas. A utilização de tais valores, aliada à boa avaliação médico-pericial quanto aos conceitos da anatomia, fisiologia, fisiopatologia, biomecânica etc. dos diversos órgãos e sistemas corporais, certamente permitirão parecer médico apurado e correto. Para tal, são referências mundialmente utilizadas a Classificação

*Conjunto de quadros ou de dados numéricos que apresentam o resultado de certos cálculos, HOUAISS 3, 2012. Popularmente às vezes dizemos Baremos.

Palestra proferida no Seminário **Acidente de Trabalho: por uma atuação dialógica entre Juizes e Peritos Judiciais, na cidade de Campinas/SP, em 8 de novembro de 2013.

***Médico Especialista pela Associação Médica Brasileira em Medicina Legal e Perícias Médicas, Clínica Médica, Hemoterapia e Medicina do Tráfego. Pós-graduado em Direito Médico e Hospitalar pela Escola Paulista de Direito. Professor e Supervisor de Práticas Profissionais do Curso de Pós-graduação em Perícias Médicas e Medicina do Trabalho da Universidade Camilo Castelo Branco - UNICASTELO; Coordenador dos Cursos de Pós-graduação em Perícia Médica e Readaptação e Reabilitação Profissional - UNICASTELO.

¹Superintendência dos Seguros Privados: indica apenas % da Importância Segurada e não de Incapacidade Física ou Laboral.

Internacional de Funcionalidade (CIF, 2003), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e, entre outros, o Baremo Argentino, decreto-lei argentino, que normatiza tais avaliações (ARGENTINA, 1978), que servem muito bem como base para ponderações médico-periciais com base científica.

A utilização da CIF, geralmente pode requerer manifestações por equipe multidisciplinar, haja vista sua abrangência conceitual. Os Baresmas Internacionais são de aplicação direta pelos peritos médicos, o que facilita sua utilização na lida diária.

A Classificação Internacional de Funcionalidade - CIF apresenta os seguintes conceitos:

- 1 - **Funções do corpo:** são as funções fisiológicas dos sistemas do corpo (inclusive funções psicológicas);
- 2 - **Estruturas do corpo:** são as partes anatômicas do corpo (órgãos, membros e seus componentes); **Incapacidades:** são problemas na função ou estrutura do corpo - desvio significativo ou perda;
- 3 - **Atividade:** é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo; **Limitações de atividades:** são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades;
- 4 - **Participação:** é o envolvimento em situações de vida diária; **Restrições de participação:** são problemas que um indivíduo pode ter ao se envolver em situações de vida.

Analisando o conteúdo das citações do Código Internacional de Funcionalidades, temos que:

A funcionalidade de um indivíduo em um domínio específico é uma interação ou relação complexa entre estado de saúde e fatores contextuais, como os Fatores Ambientais e Pessoais. (OMS, 2003)

Há uma interação dinâmica entre pessoas e ambiente. Essas interações são específicas e nem sempre ocorrem em uma relação homogênea previsível. A interação funciona em duas direções, pois a presença da deficiência pode modificar até o próprio estado de saúde, e inferir uma limitação da capacidade devido a uma ou mais deficiências, ou numa restrição de desempenho, por causa de uma ou mais limitações, o que pode parecer muitas vezes razoável. No entanto, é importante coletar dados sobre estes conceitos de maneira independente e, então, explorar as associações e ligações causais entre eles.

Pelo Código, temos que:

[...] são possibilidades: 1 - ter deficiências sem limitações de capacidade (uma desfiguração resultante de hanseníase pode não ter efeito sobre a capacidade da pessoa); 2 - ter problemas de desempenho e limitações de capacidade

sem deficiências evidentes (redução de desempenho nas atividades diárias associado a várias doenças); 3 - ter problemas de desempenho sem deficiências ou limitações de capacidade (indivíduo HIV - positivo, ou um ex-paciente curado de doença mental, que enfrenta estigma, ou discriminação, nas relações interpessoais ou no trabalho); 4 - ter limitações de capacidade sem assistência, e nenhum problema de desempenho no ambiente atual (um indivíduo com limitações de mobilidade pode receber tecnologia de assistência da sociedade para se movimentar); 5 - experimentar um grau de influência em direção contrária (inatividade dos membros pode levar à atrofia muscular; a institucionalização pode resultar em perda das habilidades sociais). (OMS, 2003)

Como bem define o CIF:

[...] esses fatores interagem com o indivíduo com um estado de saúde e determinam o nível e extensão das funções do indivíduo. Os fatores ambientais são extrínsecos ao indivíduo (as atitudes da sociedade, características arquitetônicas, o sistema legal), e por isso devemos ponderá-los. (OMS, 2003)

Ainda, este mesmo Código afirma que:

[...] as Funções do Corpo são as funções fisiológicas dos sistemas corporais (incluindo as funções psicológicas). “Corpo” refere-se ao organismo humano como um todo, assim, ele inclui o cérebro e suas funções, isto é, a mente. As funções mentais (ou psicológicas) são, portanto, incluídas nas funções do corpo. As estruturas do corpo são as partes anatômicas do corpo como órgãos, membros e seus componentes. As funções e estruturas do corpo são classificadas de acordo com os sistemas corporais, conseqüentemente, as estruturas corporais não são consideradas como órgão. Deficiências são problemas na função ou estrutura do corpo como um desvio significativo ou perda. As deficiências representam um desvio de determinados padrões populacionais geralmente aceitos no estado biomédico do corpo e das suas funções. (OMS, 2003)

Na facilitação do entendimento, o CIF apresenta algumas definições:

[...] a definição dos seus componentes é feita principalmente por aqueles qualificados para julgar a função

física e mental, os médicos peritos, de acordo com os seguintes padrões: a) As deficiências podem ser temporárias ou permanentes, progressivas, regressivas ou estáticas, intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população pode ser leve ou severo e pode flutuar ao longo do tempo. b) As deficiências não têm uma relação causal com a etiologia ou com a forma como são desenvolvidas. Por exemplo, a perda da visão ou de um membro pode resultar de uma anormalidade genética ou de uma lesão. A presença de uma deficiência implica necessariamente uma causa, no entanto, a causa pode não ser suficiente para explicar a deficiência resultante. Da mesma forma, quando há uma deficiência, há uma disfunção das funções ou estruturas do corpo, mas isto pode estar relacionado a qualquer doença, distúrbio ou estado fisiológico. c) As deficiências podem ser parte ou uma expressão de um estado de saúde, mas não necessariamente indicam a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente. d) As deficiências são mais amplas e mais abrangentes no seu escopo do que distúrbios ou doenças, por exemplo, a perda de uma perna é uma deficiência de uma estrutura do corpo, mas não um distúrbio ou doença. e) As deficiências podem originar outras deficiências, por exemplo, a diminuição da força muscular pode prejudicar as funções de movimento; as funções cardíacas podem estar relacionadas ao *deficit* das funções respiratórias, e uma percepção prejudicada pode estar relacionada às funções do pensamento. (OMS, 2003)

Conceitualmente, já dito, todavia reforçado pela classificação da OMS:

1 - Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. 2 - Participação é o envolvimento em uma situação de vida. 3 - Limitações de atividade são dificuldades que um indivíduo pode encontrar na execução de atividades. 4 - Restrições de participação são problemas que um indivíduo pode experimentar no envolvimento nas situações vitais. (OMS, 2003)

Os Fatores Contextuais representam o histórico completo da vida e do estilo de vida de um indivíduo, em todos os seus aspectos, incluindo o labor, como os Fatores Ambientais e Fatores Pessoais, ou seja, todos aqueles que podem ter um impacto sobre o indivíduo (trabalhador) e sobre a sua condição de saúde.

Os Fatores Ambientais incluem o ambiente físico, social e de relacionamento interpessoal, nos quais as pessoas vivem e conduzem sua vida. São externos aos indivíduos e podem ter uma influência tanto positiva

quanto negativa sobre seu desempenho enquanto membro da sociedade, especialmente sobre sua capacidade em executar ações ou tarefas, ou mesmo sobre a função ou estrutura de seu corpo. O Fator Ambiental Individual é aquele que se dá no ambiente imediato do indivíduo, espaços como o lar, o local de trabalho e a escola, com suas características físicas e materiais, assim como o contato direto com outras pessoas, quer sejam da família, conhecidos, colegas e estranhos.

O Fator Ambiental Social é formado pelas estruturas sociais formais e informais. Inclui as organizações e serviços relacionados ao ambiente de trabalho, atividades comunitárias, redes sociais informais, bem como leis, regulamentações, regras formais e informais, atitudes e ideologias etc.

Vale ressaltar: os Fatores Ambientais interagem com os componentes do corpo de variados modos.

Os Fatores Pessoais são classicamente conhecidos e constituem o histórico particular da vida e do estilo de vida de um indivíduo (trabalhador). Incluem sexo, raça, idade, estados de saúde preexistentes, condição física, estilo de vida, hábitos, criação, nível de instrução, opções de vida, antecedentes sociais, educação, profissão, experiência prévia e atual, padrão geral de comportamento e estilo de caráter, ativos psicológicos pessoais e outras características, todas ou algumas das quais podem desempenhar um papel na incapacidade em qualquer nível.

A incapacidade no CIF é caracterizada:

[...] como o resultado de uma relação complexa entre o estado de saúde do indivíduo com os fatores pessoais e com os fatores externos, que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo, com uma determinada condição de saúde. Um ambiente com barreiras, ou sem facilitadores, vai restringir o desempenho do indivíduo; outros ambientes mais facilitadores podem melhorar esse desempenho. A sociedade pode limitar o desempenho de um indivíduo criando barreiras (prédios inacessíveis) ou não fornecendo facilitadores (indisponibilidade de dispositivos de auxílio). (OMS, 2003)

Também é citado no CIF:

[...] capacidade e desempenho podem ainda ser utilizados com e sem dispositivos de auxílio ou assistência pessoal. Sabe-se que nem os dispositivos nem a assistência pessoal eliminam as deficiências, mas é certo que eles podem remover as limitações da funcionalidade em domínios específicos. (OMS, 2003)

As dificuldades ou problemas nesses domínios, e aqui não se pode deixar de considerar o local e condição de trabalho disponibilizados

para a atividade de uma função, podem surgir quando há uma alteração qualitativa ou quantitativa na maneira como um indivíduo realiza suas funções.

Desta forma, bem conhecendo a CIF, quando utilizarem outros Baremos Científicos, os peritos médicos devem considerar as limitações ou restrições em comparação com um padrão populacional aceito em geral, e quando e se o caso diligenciarem nos locais de trabalho, deverão observar o que se define no PPRA, outros programas e orientações definidas pelos setores responsáveis da empresa e o que se reconhece e se define como condição mínima apropriada e adequada para desempenho profissional com Saúde e Segurança do (e no) Trabalho. As limitações ou restrições registram a discordância entre o desempenho observado e o esperado.

O desempenho esperado é o do padrão da norma populacional genérica, que representa a experiência de pessoas (trabalhadores) sem esse estado de saúde específico - limitações e/ou restrições. Essa mesma norma será utilizada no “qualificador de capacidade”, de forma que será possível inferir o que pode ser feito no ambiente laboral para o indivíduo melhorar seu desempenho, sem vir a desenvolver lesões (novas) ou agravos (nas antigas).

Algumas ponderações neste sentido podem vir da reflexão sobre a citação a seguir:

Um problema de desempenho pode resultar diretamente do ambiente social, mesmo quando o indivíduo não tem nenhuma deficiência. Por exemplo: Um indivíduo HIV - positivo sem nenhum sintoma ou doença, ou alguém com uma predisposição genética para uma determinada doença, pode não apresentar nenhuma deficiência ou ter capacidade suficiente para trabalhar, mas pode não fazê-lo porque lhe é negado o acesso ao trabalho, por discriminação ou estigma. (OMS, 2003)

Entre a variedade de modelos conceituais propostos para compreender e explicar a incapacidade e a funcionalidade, dois deles são de grande valia para serem utilizados em associação pelos peritos médicos: “modelo médico” *versus* “modelo social”, a saber:

O modelo médico considera a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro estado de saúde, que requer assistência médica fornecida através de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade, normalmente, visam a cura ou o ajuste do indivíduo e mudança de comportamento. A assistência médica é considerada como a questão principal e, em nível político, a principal reação é a modificação ou reforma da política de saúde. (OMS, 2003)

O modelo social de incapacidade, por sua vez, considera a questão, principalmente, como uma situação criada socialmente e acaba sendo uma questão da integração plena do indivíduo à sociedade. Este modelo não vê a incapacidade como um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. Assim, o enfrentamento da situação requer ação social e é responsabilidade coletiva da sociedade como um todo fazer as modificações ambientais necessárias, para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social. É uma questão de atitude que requer mudanças sociais.

Elucidando, podemos observar alguns exemplos que classicamente são apresentados para estas ponderações:

1 - Deficiência que não resulta em limitação da capacidade e nem em problemas de desempenho:

Uma criança nasce sem uma unha. Esta má-formação é uma deficiência de estrutura que não interfere na função da mão da criança ou no que a criança é capaz de fazer com aquela mão, de maneira que não há limitação da capacidade da criança. De maneira similar, pode não haver nenhum problema de desempenho - como brincar com outras crianças sem ser importunada ou excluída da brincadeira - devido a essa má-formação. Portanto, a criança não tem limitações de capacidade ou problemas de desempenho.

2 - Deficiência que não resulta em limitação da capacidade, mas em problemas de desempenho:

a) Uma criança diabética tem uma deficiência de função: o pâncreas não funciona adequadamente para produzir insulina. O diabetes pode ser controlado com medicação, denominada insulina. Quando as funções do corpo (níveis de insulina) estão sob controle, não há limitações de capacidade associadas à deficiência. No entanto, a criança com diabetes tende a ter um problema de desempenho na socialização com amigos ou colegas, quando o ato de comer está envolvido, já que ela deve limitar sua ingestão de açúcar. A falta de comida apropriada criaria então uma barreira. Portanto, a criança teria uma falta de envolvimento na socialização no ambiente atual, exceto se fossem tomadas medidas para garantir o fornecimento de alimentação adequada, apesar de nenhuma limitação de capacidade.

b) Outro exemplo é o de um indivíduo com vitiligo na face, mas nenhuma outra queixa física. Este problema estético não resulta em limitações de capacidade. No entanto, o indivíduo pode viver em um local onde o vitiligo pode ser erroneamente visto como lepra e, assim, considerado contagioso. Portanto, no ambiente atual da pessoa, esta atitude negativa é uma barreira ambiental que leva a problemas significativos de desempenho nas interações interpessoais.

3 - Deficiência que resulta em limitações da capacidade e - dependendo das circunstâncias - em problemas ou não de desempenho:

Uma variação significativa no desenvolvimento intelectual é uma deficiência mental. Ela pode resultar em uma limitação relativa de várias capacidades da

pessoa. Os fatores ambientais, no entanto, podem afetar o grau do desempenho individual em diferentes domínios da vida:

a) Por exemplo, uma criança com esta deficiência mental pode enfrentar poucas desvantagens em um ambiente em que as expectativas não são altas para a população em geral, e onde ela poderia realizar uma gama de tarefas simples e repetitivas, porém necessárias. Nesse ambiente, a criança teria um bom desempenho em diferentes situações de vida.

b) Uma criança com as mesmas características que cresce em um ambiente competitivo e com alta expectativa escolar pode enfrentar mais problemas de desempenho em várias situações da vida se comparada com a primeira criança. Nota: este exemplo destaca duas questões: a primeira é que a norma ou padrão populacional em relação ao qual a funcionalidade individual é comparado deve ser apropriado ao ambiente atual real; a segunda é que a presença ou ausência de fatores ambientais pode ter um impacto facilitador ou limitador sobre essa funcionalidade.

4 - Deficiência anterior que não resulta em limitação da capacidade, mas mesmo assim causa problemas de desempenho:

Um indivíduo que se recuperou de um episódio psicótico agudo, mas que porta o estigma de ter sido um “paciente mental”, pode enfrentar problemas de desempenho no domínio do trabalho ou das interações interpessoais, devido às atitudes negativas das pessoas no seu ambiente. O envolvimento da pessoa no trabalho e na vida social é, portanto, restrito.

5 - Diferentes deficiências e limitações da capacidade resultando em problemas similares de desempenho:

a) Um indivíduo pode não ser contratado para um emprego porque a extensão da sua deficiência (quadriplegia) é vista como um obstáculo à realização de algumas das exigências do trabalho (utilizar um computador com um teclado manual). O local de trabalho não tem as adaptações necessárias para facilitar o desempenho dessas exigências do trabalho por parte desta pessoa (*software* de reconhecimento de voz que substitui o teclado manual).

b) Outro indivíduo, com uma quadriplegia menos grave, pode ter a capacidade de realizar as tarefas necessárias, mas pode não ser contratado porque a cota de contratação de pessoas com incapacidade já foi preenchida.

c) Um terceiro indivíduo, capaz de realizar as atividades necessárias no trabalho, pode não ser contratado porque tem uma limitação de atividade, que é atenuada pela utilização de uma cadeira de rodas, mas o local de trabalho não é acessível para cadeira de rodas.

d) Por último, um indivíduo em uma cadeira de rodas pode ser contratado para o trabalho, ter capacidade de realizar o trabalho e, de fato, realizá-lo no contexto de trabalho. Não obstante, esse indivíduo ainda pode ter problemas de desempenho no domínio das interações interpessoais com colegas de trabalho, porque o acesso às áreas de descanso não está disponível. Este problema de socialização no local de trabalho pode impedir o acesso a oportunidades de promoção.

Como forma de reflexão, podemos considerar nos exemplos que:

- Todos os quatro indivíduos enfrentam problemas no domínio do trabalho devido à interação de diferentes fatores ambientais com sua condição de saúde ou deficiência.

- No caso do primeiro indivíduo, as barreiras ambientais incluem falta de acomodação no local de trabalho e, provavelmente, atitudes negativas.

- O segundo indivíduo enfrenta atitudes negativas em relação ao emprego de pessoas incapacitadas.

- O terceiro enfrenta falta de acesso ao ambiente físico e o último enfrenta atitudes negativas relacionadas à incapacidade em geral.

6 - Deficiência presumida que resulta em problemas marcantes no desempenho sem limitação da capacidade:

Um indivíduo vem trabalhando com pacientes com AIDS, ele é saudável, mas tem de se submeter a testes periódicos de HIV. Ele não tem limitações de capacidade. Apesar disso, as pessoas que o conhecem socialmente suspeitam que ele pode ter adquirido o vírus e o evitam. Isto leva a problemas significativos no desempenho da pessoa, nas interações sociais, em sua vida comunitária, social e cívica. Seu envolvimento é restringido por causa das atitudes negativas adotadas pelas pessoas no seu ambiente.

7 - Deficiências que atualmente não estão classificadas na CIF resultando em problemas de desempenho:

Uma mulher cuja mãe faleceu de câncer de mama. Ela tem 45 anos e, recentemente, submeteu-se a testes voluntários e descobriu que carrega o código genético que a coloca no grupo de risco de câncer de mama. Ela não tem problemas na função ou estrutura do corpo, ou limitação de capacidade, mas tem recusado seu seguro-saúde pela companhia por causa do seu risco maior de contrair câncer de mama.

Outros exemplos adicionais comumente apresentados são:

1 - Um menino de 10 anos é encaminhado a uma fonoaudióloga com o diagnóstico inicial de 'gagueira'. Durante o exame são encontrados problemas relacionados a descontinuidades na fala, acelerações inter e intraverbais, problemas na escola para ler em voz alta e conversar (limitações de capacidade). Durante as discussões em grupo, ele não toma qualquer iniciativa para participar das discussões, embora deseje (problema de desempenho no domínio conversar com muitas pessoas). O envolvimento do menino na conversação é limitado quando ele está em um grupo por causa de normas sociais e práticas relacionadas ao desenvolvimento ordenado das conversas.

2 - Uma mulher de 40 anos com uma lesão na coluna cervical ocorrida quatro meses antes reclama de dores na nuca, fortes dores de cabeça, tontura, redução da força muscular e ansiedade (deficiências). Sua capacidade de andar, cozinhar, limpar, lidar com o computador

e dirigir é limitada (limitações de capacidade). Na consulta com seu médico, ficou acordado mutuamente esperar até que os problemas diminuíssem antes que ela voltasse para seu trabalho em tempo integral (problemas de desempenho no domínio do trabalho). Se as políticas trabalhistas no seu ambiente atual permitissem a ela trabalhar em horário flexível, descansar quando seus sintomas estivessem particularmente agudos, bem como trabalhar em casa, seu envolvimento no domínio do trabalho iria melhorar. (OMS, 2003)

Prática Pericial Médica

Com base nos conceitos, definições, ponderações e formas de inserção do indivíduo na sociedade, como relatado, constata-se que quase sempre o aproveitamento das potencialidades humanas, mesmo que limitadas, pode ser conseguido ao longo dos anos, e na atividade pericial médica é necessário ter isso em mente, bem como ter o devido conhecimento destes critérios, com os quais poderá assentar uma base objetiva de avaliação para a adequada e facilitadora conclusão.

Nesta metodologia de avaliação, as doenças ou limitações devem ser objetivadas a partir de uma lesão anatômica evidente, ou de um transtorno funcional medido e/ou uma alteração psíquica constatada, ou seja, está baseada em elementos objetivos e demonstráveis. Não se admite a subjetividade e presunção ao perito médico!

A partir desta base o perito médico segue o direcionamento comumente consagrado na medicina, na obtenção de dados anamnéticos, conforme o padrão da semiologia, através dos dados pessoais, queixas, história etc., porém, na análise destes dados, se justificam algumas considerações com as quais deverá ponderar sua atividade:

- 1 - Os sintomas alegados sem sinais físicos e/ou psíquicos, que possam ser verificados durante o exame clínico, mesmo que obtidos através da história clínica ou nos resultados de exames complementares devem ser consignados, porém, não devem ser considerados isoladamente na avaliação final. Portanto, o real impedimento, físico e mental, somente existirá se puder ser demonstrado de forma anatômica, fisiológica, psicológica e funcional, pois tais anormalidades somente poderão ser “valoradas” se acompanhadas de sinais clínicos objetivos. O mesmo deverá ser considerado quanto aos resultados de exames, apesar dos sintomas que o indivíduo avaliado possa referir. Assim, deve ser entendido que as patologias que somente se manifestam com sintomas e alterações de exames, sem sinais clínicos e sem repercussões funcionais, não são tecnicamente determinantes de incapacidades que justifiquem impedimentos, especialmente os laborais;
- 2 - A história clínica deverá conter a maior quantidade de detalhes úteis possíveis, em especial aqueles ligados aos órgãos e sistemas corporais diretamente relacionados com as queixas clínicas apresentadas, permitindo a recomposição da História Ocupacional, decisiva em qualquer avaliação de nexos;

3 - Deverá ser dada ênfase especial aos dados anotados nas fichas médicas (preferencialmente nos Prontuários Médicos) onde constam os primeiros procedimentos realizados, ou seja, avaliar de forma detalhada os dados contidos nos prontuários médicos funcionais, elaborados pelos diversos médicos do trabalho que assistiram este trabalhador, se possível, incluindo também as avaliações realizadas nos consultórios e clínicas privadas pelos médicos assistentes do trabalhador, nos dados dos cadastros do Sistema Público de Saúde - SUS, nos dados dos prontuários hospitalares etc., sempre verificando os tratamentos médico-cirúrgicos realizados, a evolução com os sinais físicos e psíquicos anotados, e as respostas às terapêuticas instituídas e as diversas terapias realizadas, tais como fisioterapia, terapia ocupacional etc. Deve-se, também, verificar se há anotações indicando as adaptações propostas ao longo do pacto laboral, participação em programas de readaptação e/ou reabilitação etc.;

4 - É muito importante considerar que durante a vigência de processos agudos não se deve mensurar as capacidades ou incapacidades como definitivas. Devemos considerá-las como condição de pré-estabilização, conferindo parecer provisório, com oportuna reavaliação quando da estabilização do quadro clínico.

Também é de relevante importância considerar que estes aspectos são dinâmicos e devem ser criteriosamente observados e associados aos avanços terapêuticos, quer sejam medicamentosos, das técnicas cirúrgicas, das técnicas de reabilitação física e mental etc.

Os exames complementares de laboratório, diagnósticos por imagens, eletrofisiológicos, testes psicológicos e outros, serão considerados em seus resultados se estiverem diretamente relacionados com o momento de evolução das doenças. São aceitos como provas circunstanciais, com prévia comprovação de que realmente pertencem ao avaliado. Devem demonstrar boa qualidade global na técnica de realização, efetuados em serviços idôneos e acompanhados do laudo de conclusão (técnica relacionada ao exame propriamente dito e não da indicação por presunção), devidamente assinado por quem os realizou.

É de grande significado a obtenção de parâmetros de classificação adequados, e, para isso, como dito, é fundamental o conhecimento e adoção prévia de algum dos Baremos Internacionais.

A necessidade da utilização destas tabelas deve-se ao fato de que não está disponibilizada, até o momento, uma compilação brasileira neste sentido. Existe apenas uma tabela da Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, que não se presta a estas ponderações, pois ela não se refere à quantificação de mobilidade, amplitude de movimentos e função orgânica, mas sim a um valor de prêmio referente à importância segurada. Tal tabela se presta unicamente a questões de indenização securitária, porém, ainda é utilizada, até mesmo por peritos médicos, o que se constitui em um erro grave, que não pode ser admitido, ao menos no meio médico-científico.

Entre os diversos Baremos Internacionais (argentino, americano, canadense, português etc.), do meu ponto de vista, o de mais fácil utilização é o Baremo Argentino.

Conteúdo dos Baresmas - quantificação

Com base nele poderemos observar alguns parâmetros de quantificação. Nesta publicação e em outras semelhantes, as incapacidades originadas a partir de patologias e/ou lesões que afetam um ou diversos órgãos, membros e sistemas, são expressas em porcentagem de Limitação Funcional (LF) e/ou de Incapacidade Física (IF) e Capacidade Total (CT) do membro, sistema ou função. Tais valores apresentados neste baremo, assim como nos outros, foram obtidos mediante estudos de anatomia, fisiologia e biomecânica, em diversos centros médicos especializados em fisiologia e fisioterapia.

A partir da obtenção da porcentagem de LF, aplica-se este índice sobre o valor de CT do membro, ou órgão, ou sistema, e assim se obtém a porcentagem de Incapacidade Física Total (IFT) do membro, órgão ou sistema, respectivamente IFTm, IFTo e IFTs.

Os baresmos consideram que todo indivíduo, em condições estáveis de saúde, incluindo os reabilitados ativos, apresentam como Capacidade Total Esperada (CTE) a taxa de 100%, ou seja, o indivíduo ativo e pleno, apesar das limitações de ordem física e mental que possa apresentar, desde que estabilizadas na tríade do bem-estar físico, mental e social, a taxa será igual a 100%. Já os órgãos, membros e sistemas apresentam suas taxas máximas definidas nos itens específicos do baremo utilizado, e, comumente, são denominados CTo, CTm e CTs.

Depreende-se que, constatada LF ou IFT, pode-se constatar as “capacidades” do indivíduo, utilizando o critério da Capacidade Residual (CR). Esta quantificação também poderá ser avaliada sob a ótica do órgão, membro ou sistema, respectivamente, CRo, CRm e CRs, ou do indivíduo como um todo.

Além disso, poder-se-á obter o conceito de Invalidez (IVL) quando forem atingidos os limites estabelecidos nos baresmos, tanto em relação à Incapacidade Física, Psíquica ou Psicofísica, ou seja, quando os índices indicam que o indivíduo é incapaz.

Após a reabilitação física do órgão ou membro afetado, ou do indivíduo como um todo, decorrido o período de adaptação psicossocial, sempre muito variável, que em quase todos os estudos ocorre dentro de 24 meses, poderá se constatar a CRo ou CRm. Isto é obtido através do somatório das incapacidades produzidas pelas lesões/patologias, subtraindo o total obtido da CTE que, por definição, como visto, é de 100% para todos os indivíduos estabilizados em bem-estar físico, mental e social.

A Incapacidade Total Ponderada Máxima (ITPM) será atingida quando houverem sido detectadas por uma ou várias patologias, não importando o órgão ou sistema envolvido, com índice igual ou superior a 70% (setenta por cento). As “ITPs” que atingem valores superiores a 70% geralmente são acompanhadas de “LF” superiores a 75%. As “ITPs” com valores no intervalo entre maior ou igual a 55% e menor ou igual a 70% geralmente representam “LF” que variam de 25% a 75%, e nas “ITPs” menores que 55%, geralmente não se observam “LF”, ou, se presentes, não ultrapassam o índice de 25%.

Ainda, sobre estes parâmetros, pode se associar ponderações quanto ao nível de educação formal, a idade, as condições socioeconômicas, o grau de dependência de terceiros etc., índices que também são disponibilizados nos diversos baremos.

Uma conceituação de grande significado é a das chamadas “perdas duplas”. Esta avaliação somente terá valor quando os tratamentos forem finalizados, ou estejam esgotados os recursos terapêuticos para recuperação. Tais avaliações devem ser consideradas antes do início dos programas de reabilitação para estabelecimento de valores indenizatórios de caráter securitário, e pós-reabilitação quanto a aspectos de capacitação em geral, como, por exemplo, no caso de o indivíduo subitamente perder a visão, é fácil entender que a “LF” é elevada. No entanto, ao longo do tempo, a maioria das pessoas, por diversos fatores compensatórios, recupera a capacidade de inserção social, incluindo a capacidade de trabalho, mesmo sendo um cego. Isso também vale para quem perdeu as duas mãos ou um braço e uma perna etc.

Portanto, o momento ideal de avaliação para quantificação das capacidades se dá quando ocorre a estabilização do quadro clínico. Segundo os dados apresentados no “Curso de Avaliação Médico-Legal da Incapacidade - realizado pela Divisão de Medicina de Reabilitação - HC-FMUSP - São Paulo”, em novembro de 2006, fornecidos pelo Dr. Lyle Gross, médico especialista em Medicina Física e Reabilitação, professor Adjunto da Universidade da Colúmbia Britânica em Vancouver, Canadá, onde desenvolve suas linhas de pesquisa em avaliação e reabilitação do trabalhador, esta estabilização ocorre, para as diversas patologias que incidem sobre os trabalhadores, em até 90 dias.

Neste prazo, 90 dias, cerca de 80% a 85% das patologias são resolvidas totalmente sem deixar qualquer sequela. Apenas 15% a 18% das patologias, incluindo as de maior gravidade como as amputações, as “perdas duplas” etc., requerem maior período, todavia, a maioria dos trabalhadores nesta situação é reabilitada, com ou sem programas específicos, em até 24 meses após a ocorrência da lesão. Somente em torno de 2% deles as lesões são suficientemente graves e incapacitantes, e não se obtém a reabilitação, advindo a invalidez laboral.

Neste curso foi demonstrado que tais índices são comuns a diversos países, apenas com pequenas variações que não alteram de forma significativa os percentuais referidos, levando à mesma constatação.

Naqueles trabalhadores em que os programas de readaptação e/ou reabilitação profissional não se consolidaram é que se observa maior variação de insucessos, todavia, ficou evidente que tais insucessos estão diretamente ligados à incapacidade de reabilitar de forma adequada e não à lesão ou doença que acometeu o trabalhador.

Capacidade e Capacidade Residual

De modo geral, será considerado capaz para o trabalho o indivíduo que obtiver a Capacidade Residual (CR) superior a 30%.

O conceito de capaz seguirá a seguinte classificação:

- 1 - Será Plenamente Capaz o indivíduo com CR igual ou superior a 75%;
- 2 - Moderadamente Capaz, o indivíduo com CR igual ou superior a 55% e menor que 75%;
- 3 - Limitadamente Capaz, o indivíduo com CR igual ou superior a 45% e inferior a 55%;
- 4 - Levemente Capaz, o indivíduo com CR superior a 30% e inferior a 55%;
- 5 - Incapaz, o indivíduo com CR menor que 30%.

Desta base, verifica-se que o indivíduo considerado Plenamente capaz é aquele que, com ou sem adaptações, com ou sem correção por órtese e/ou prótese, poderá desempenhar suas funções normalmente, sem restrições.

Já o indivíduo considerado Moderadamente Capaz é aquele que, sem adaptação, com ou sem correção por órtese e/ou prótese, desempenhará plenamente suas funções com restrições genéricas, e estas devem ser claramente definidas.

O indivíduo considerado Limitadamente Capaz é aquele que, com adaptação, com ou sem correção por órtese e/ou prótese, desempenhará suas funções com restrições específicas, limitando as suas atribuições à sua capacidade de desempenho.

Assim, genericamente, os indivíduos com CR igual ou maior que 55%, incluem Plenamente Capaz, os Moderadamente Capazes e o Limitadamente Capaz, que têm capacidade de executar 70% ou mais das atividades que normalmente realizavam, no labor ou na vida cotidiana.

O indivíduo considerado Levemente Capaz é aquele que, com adaptação, com ou sem correção por órtese e/ou prótese, poderá desempenhar atividades laborais simples, com restrições específicas, que não envolvam qualquer nível de esforço, seja físico ou mental, estando indicado estudo para reabilitação profissional. São aqueles com CR variando entre 45% e 55%; são aqueles que podem ser mantidos na mesma função, porém, necessariamente lhes serão determinadas providências de adaptações no ambiente laboral.

Os indivíduos com CR menor que 45% serão considerados incapazes de desenvolver as atividades que habitualmente realizavam, entretanto, apresentam possibilidades de reabilitação profissional.

Os indivíduos com CR menor que 30% devem ter sua situação ponderada e analisada com muita atenção, todavia, as chances de sucesso na readaptação e/ou reabilitação certamente são remotas, ou mesmo, inexistentes.

Resumindo, temos:

% de CR	Capacidade para o trabalho
= ou > 75%	Plenamente Capaz
= ou > 55% e < 75%	Moderadamente Capaz
= ou > 45% e < 55%	Limitadamente Capaz
= ou > 30% e < 45%	Levemente Capaz*
< 30%	INCAPAZ**

*É quase certa a necessidade de reabilitação profissional, para melhor adequação.

**É necessário considerar caso a caso e avaliar as possibilidades de reabilitação, após estabilização e adaptação às Limitações Funcionais. Não confundir com Invalidez!

Tipos de incapacidades

A incapacidade pode ser classificada em física, mental ou laboral, conforme o caso de interesse, sendo que uma necessariamente pode não incluir a outra. Elas podem ser:

1 - **Temporária:** ocorre quando a recuperação é esperada dentro de um prazo previsível e bem definido. Nesta classificação estão incluídos cerca de 80% a 85% dos casos, que são resolvidos em 90 dias, todavia, admite-se que a resolução se efetive em até dois anos;

2 - **Definitiva para algumas atividades específicas:** ocorre quando se obtém a recuperação, mas resta uma seqüela estabilizada definitiva, acarretando limitação para determinadas atividades, porém, é possível a sua reabilitação em outras. Nessas situações, a idade, a capacidade de aprendizado, o nível de instrução, entre outros, devem ser atentamente observados;

3 - **Definitiva e Permanente:** ocorre quando não há recuperação, ou ela ocorre de forma parcial, ou o grau da seqüela ou as características do indivíduo não permitem a realização de processo de reabilitação. É muito importante destacar que, embora a incapacidade seja definitiva e permanente, pode não caracterizar a chamada invalidez para os hábitos da vida diária.

A classificação também pode ser feita da seguinte forma: A - Incapacidade parcial para uma atividade específica; B - Incapacidade Total para uma atividade específica.

Outra maneira de se classificar está relacionada à profissão, cargo ou função exercida pela pessoa avaliada:

A - Incapacidade temporária

A.1 - Pode ser superada com medidas de ADAPTAÇÃO

A.2 - Pode ser superada com medidas de TRABALHO RESTRITO

B - Incapacidade definitiva uniprofissional

B.1 - Pode ser superada por Reabilitação (Readaptação) Profissional

C - Incapacidade definitiva omniprofissional

C.1 - Pode ser revista a cada 5 anos – aposentação precária

C.2 - Não requer revisão – aposentação definitiva

Como são diversos os tipos de classificação, o mais adequado é considerarmos a combinação deles, visando a uma conclusão criteriosa, respeitando os limites da legislação ou norma que definiu a necessidade da avaliação pericial.

Sempre, e sem exceções, devemos observar se dentre as atividades que irá realizar existe o risco de agravamento da doença, se acarreta risco para terceiros, baixa produtividade, má qualidade na execução da tarefa, interferência nos processos coletivos de desempenho, infração na aplicação da legislação referente à saúde ocupacional, infração das regras básicas de prevenção e segurança etc.

Assim procedendo, poderá o perito médico concluir de forma mais adequada possível.

Para utilização deste conceito também é necessário estabelecer o que representa e como se caracteriza a chamada invalidez.

Podemos dividi-la em duas:

1 - **Invalidez Laboral com ou sem Invalidez Física ou Mental - Incapacidade Laboral:** é aquela em que a Incapacidade Total Ponderada (ITP) é igual ou superior a 70%, e/ou quando a Capacidade Residual (CR) é menor que 30%. Não implica, necessariamente, que o indivíduo, ao atingir estes níveis, esteja inválido para os hábitos da vida diária (HVD). Diversos autores sugerem que não seja utilizada a nomenclatura “invalidez laboral”, preferindo classificá-la como Incapacidade Laboral, para que o termo Invalidez Laboral não venha supor a Invalidez para os Hábitos da Vida Diária. Tal classificação, como definitiva, só se aplicaria no caso da ocorrência concomitante da incapacidade para os hábitos da vida diária ou insucesso recorrente nos processos de reabilitação, pois os avanços da medicina, os processos modernos e multidisciplinares de reabilitação física e mental, já muito bem definidos na fisioterapia, podem permitir reavaliações periódicas, constatando-se capacitações que num determinado momento não se poderia e/ou permitiria considerar, sendo, em geral, sempre relativa e não absoluta.

2 - **Invalidez Total - Física, Mental e Laboral:** é aquela em que o indivíduo está incapaz para os hábitos da vida diária e do cotidiano, com dependência total de terceiros para sua existência, incluindo a Incapacidade Laboral (Invalidez laboral). Desta forma, para receber a classificação excludente de inválido, o indivíduo deverá ter sido acometido por doença grave, de prognóstico reservado e totalmente incapacitante, que determinou importante dependência de terceiros para a manutenção dos hábitos da vida diária, especialmente daqueles inerentes à manutenção da sua existência, como a perda do controle de suas eliminações, perda da capacidade de expressar com clareza suas necessidades, perda da capacidade de manter sua higiene pessoal com autonomia, bem como a perda da capacidade de alimentar-se e deslocar-se, sem a necessidade de intervenção de terceiros, e/ou tornar-se um alienado mental.

Como bem disse a Dra. Carmen Leite Ribeiro Bueno,

Vencer os preconceitos e resistência dos empregadores e mesmo dos profissionais da área é a maior dificuldade a ser enfrentada por aqueles profissionais que constata-ram que toda e qualquer pessoa, desde que receba o suporte adequado, tem condições de trabalhar e de ser recompensada, proporcionalmente aos resultados por ela apresentados [...] (2004)

E ainda, neste mesmo sentido, o que diz a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão, produzida pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 10 de dezembro de 1948, “todo homem tem direito ao trabalho, à livre escolha de emprego, a condições justas e favoráveis de trabalho e à proteção contra o desemprego”, **os Programas de Reabilitação (Readaptação) Profissional devem ser enfatizados e sempre tentados**, apesar das resistências iniciais que possam ser observadas, visando:

- 1 - ao desenvolvimento do potencial físico, psicológico, educacional, profissional e social do indivíduo;
- 2 - a promover a inclusão social e/ou garantir a sua manutenção;
- 3 - a enfatizar valores e promover ética, humanismo, pluralismo e responsabilidade social;
- 4 - a permitir ao trabalhador considerado Levemente Capaz atingir uma realização profissional e pessoal;
- 5 - a garantir integração plena e ativa do trabalhador Levemente Capaz na comunidade interna, relacionada ao local de trabalho, e externa, sociedade civil, à qual pertence por direito e em relação à qual tem responsabilidades e deveres.

Voltando aos DORT

Com tantos pré-requisitos, avaliar a existência de um DORT alegado não é tarefa simples. Requer acurácia e vasto conhecimento técnico para a realização da anamnese e do exame físico para, se for necessário, ponderar sobre exames complementares já realizados ou os que se deverá realizar para, enfim, poder estabelecer diagnósticos corretos, classificar e estadiar a condição clínica de forma apropriada.

Ao realizar a entrevista, o perito médico deverá envolver e enfatizar questões da evolução da patologia ao longo do tempo, relacionadas à atividade e às providências demandadas pelo médico do trabalho da empresa, através das anotações no prontuário médico funcional e/ou de outros documentos de relevância médica, como atestados e relatórios apresentados, e das providências deste para os setores competentes da empresa.

É importante notar que os casos de DORT apresentados em perícias judiciais são muito semelhantes, pois normalmente são quadros de dores crônicas manifestadas por trabalhadores que estiveram, estão ou se aposentaram, depois de anos de afastamentos, geralmente sem um diagnóstico preciso.

Na avaliação do DORT o mais importante para o perito médico é ter em mente que, nesta avaliação, não deverá apenas verificar se existe um quadro atual que se pode classificar como DORT, mas também se existiu um DORT anterior, que de alguma forma, direta ou indireta, possa se relacionar com a incapacidade atual, o que nem sempre é fácil, pois normalmente se passaram muitos anos entre o afastamento laboral definitivo e a realização da avaliação pericial médica atual, o que não faz esperar um quadro inflamatório, mas sim um quadro crônico e complexo.

A perícia médica, nestes casos, poderá se beneficiar da aplicação da chamada Perícia Indireta, buscando dados clínicos em relatórios médicos progressos, tipos de tratamentos instituídos, entre outros aspectos peculiares desta forma de avaliação pericial médica.

O exame físico será ferramenta importante para diagnosticar e avaliar sequelas. Entretanto, na maior parte das vezes o exame físico, mesmo quando muito bem realizado, pode não se revelar com sinais clássicos, uma vez que pode não existir tecidos inflamados após tantos anos de afastamento.

A avaliação da incapacidade deve ser direcionada no sentido de se constatar se de fato repercute sobre a capacidade funcional do membro, órgão ou sistema do corpo do indivíduo avaliado, e também deve ser verificada e mensurada, quer dizer, deve ser detalhada e definida, sendo esta ponderação da mais alta importância, pois a perda funcional (Incapacidade adquirida) é o verdadeiro dano existente – dado objetivo – demonstrável.

Incapacidades

Entretanto, é importante fazer a distinção entre incapacidade, deficiência e desvantagem, pois nem todo DORT evolui da mesma forma.

Pastore discorre sobre a classificação feita pela OMS em 1980:

[...] a incapacidade refere-se a uma restrição para realizar uma atividade, dentro dos parâmetros considerados normais para um ser humano, como é o caso de quem tem o olho lesado, a atrofia de um braço ou a falta de uma parte do corpo. A deficiência refere-se à perda ou anomalia de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, como é o caso da impossibilidade (ou redução da capacidade) de ver, andar ou falar. A desvantagem é uma situação de atividade reduzida, decorrente de uma deficiência ou de uma incapacidade que a limita ou impede o desempenho normal de determinada função, levando-se em conta a idade, sexo, e fatores socioculturais. (PASTORE, 2000, p. 58)

A palavra “deficiência” resume um grande número de diferentes limitações funcionais, que ocorrem em qualquer população, em qualquer país do mundo. As pessoas podem ficar deficientes por impedimento físico, intelectual ou sensorial, por condições médicas ou doença mental. Tais impedimentos, condições ou doenças podem ser permanentes ou transitórios, por natureza.

A palavra “incapacidade” significa perda ou limitação de oportunidades para participar na vida da comunidade num nível igual ao das outras pessoas. Ela descreve o encontro entre a pessoa deficiente e o ambiente. O propósito desta palavra é o de enfatizar o enfoque nas falhas do ambiente e nas inúmeras atividades organizadas da sociedade, como, por exemplo, informação, comunicação e educação, que impedem pessoas com deficiência de participarem em igualdade de condições.

O uso das duas palavras, “deficiência” e “incapacidade”, conforme definidas, deve ser visto à luz da moderna história da deficiência.

As palavras “deficiência” e “incapacidade” quase sempre foram utilizadas de maneira pouco clara e confusa, o que acarretou orientação insatisfatória, inclusive para a formulação de políticas e ações públicas.

Em 1980, a Organização Mundial da Saúde adotou uma classificação internacional de impedimentos (*impairments*), deficiências (*disabilities*) e incapacidades (*handicaps*), que sugeria uma abordagem mais precisa e ao mesmo tempo mais relativista.

A Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades faz uma distinção clara entre “impedimentos”, “deficiências” e “incapacidades”. Ela tem sido utilizada amplamente em áreas como reabilitação, educação, estatística, políticas, sociais, legislação, demografia, sociologia, economia e antropologia.

Como resultado da experiência ganha na implementação do programa em âmbito mundial, houve um aprofundamento do conhecimento e um aumento da compreensão referente a questões de deficiência e à terminologia utilizada. A terminologia atual reconhece a necessidade de abordar tanto as necessidades individuais (como reabilitação e aparelhos auxiliares) quanto as falhas da sociedade (vários obstáculos à participação).

A palavra “reabilitação” refere-se a um processo destinado a capacitar pessoas com deficiência a atingirem e manterem seus níveis ótimos em termos físicos, sensoriais, intelectuais, psiquiátricos e/ou funcionais sociais, dando assim ferramentas para mudarem sua vida em direção a um nível mais elevado de independência.

A reabilitação pode incluir medidas para fornecer e/ou restaurar funções ou compensar a perda ou ausência de uma função ou limitação funcional. O processo de reabilitação inclui uma ampla gama de medidas e atividades, desde uma reabilitação mais básica e geral até atividades voltadas para metas, como, por exemplo, reabilitação profissional.

A prolongada incapacidade para o trabalho e mesmo para certas atividades da vida pessoal é um dos aspectos mais intrigantes dos DORT. Muitas vezes persistem os quadros dolorosos, acompanhados ou

não de outros sintomas e sinais, apesar da instituição dos melhores tratamentos convencionais e, eventualmente, não convencionais, além de adequações ergonômicas no trabalho.

Pastore afirma:

[...] muitos portadores de deficiência que se acham injustiçados, porém, têm sido alvos de advogados que buscam aumentar sua carteira de clientes. No procedimento judicial, as despesas começam logo no início do processo. O primeiro estágio exige serviços de médicos e outros profissionais de saúde. Quando a avaliação cai fora dos critérios objetivos, a constatação da deficiência passa a depender da peritagem de uma série de outros procedimentos complexos: análise de vida pregressa, condição de educação, problemas familiares e demais características do reclamante. (PASTORE, 2000, p. 58)

A avaliação da capacidade laborativa do ponto de vista físico e mental é atribuição médica, praticada já desde o século passado quando sistemas de seguro-saúde começaram a financiar os custos dos trabalhadores que se incapacitavam ainda durante a vida produtiva. Porém, esta avaliação para fins de melhor sucesso em Reabilitação (Readaptação) Profissional, não é tarefa estritamente médica, pois a capacidade laborativa envolve não só aspectos médicos, mas também socioeconômicos, culturais, pedagógicos etc.

Muitas tentativas de objetivação do exame e dos valores indenizatórios já existem, mas nenhuma expressa objetividade para fins de reabilitação, não deixando de ter algum componente subjetivo, uma vez que a própria avaliação médica, quando considera todos os fatores que envolvem a capacidade laborativa, também não deixa de envolver aspectos subjetivos, todavia embasados nos próprios critérios conscientes e inconscientes do perito médico examinador, daí a importância da *expertise*.

Baremos internacionais são publicados anualmente, principalmente pelos sistemas públicos de seguridade social, em todo o mundo, devendo ser estudados visando atualização constante.

Nas indenizações trabalhistas, como também nas de outras esferas de discussão, a avaliação da capacidade laborativa deve envolver não só os aspectos da desvantagem e/ou deficiência física, mas também outros aspectos que interferem diretamente na capacidade para o trabalho, como, por exemplo, as exigências para realização das atividades reais de trabalho, dentro de um padrão de produtividade e qualidade médias.

Os achados do exame físico devem ser relativizados na avaliação de incapacidade em todos os casos, mas especialmente nos DORT, haja vista o empirismo que envolve a questão. A exiguidade de alterações ou mesmo normalidade dos movimentos de um segmento corporal lesionado, que deixou de exercer sua função devido a um afastamento prolongado, não significa, necessariamente, hígidez ou capacidade física para determinada

função laborativa, pois esta condição e forma de trabalho, poderá desestabilizar uma condição física ou mental já controlada.

Esta função também é muito importante, pois é neste ponto - como profissional capacitado para estabelecer a relação entre uma situação clínica constatada e a condição em que se realizava o trabalho, quando, por óbvio, conhece os aspectos técnicos de Segurança e Medicina do Trabalho, tantos os legais quanto os eruditos, e daqueles determinados de forma peculiar ao caso específico sob a análise - que o perito médico, com sua *expertise*, poderá auxiliar o Juízo, pois é o primeiro item necessário e fundamental que pode vincular um fato ao outro.

O trabalho é fator essencial para a socialização do indivíduo.

Segundo França:

[...] as leis sobre acidentes e doenças do trabalho, a proteção sociopolítica em defesa do obreiro, a instituição do sindicalismo e a preocupação do salário justo são manifestações indiscutíveis de que existe uma consciência atenta para o valor que o trabalho representa no conjunto da sociedade. (2004, p. 192-204)

A proteção do trabalho e da saúde do trabalhador ganhou força com a organização dos movimentos sindicais, porém, a perícia médica não está a serviço destes, mas sim para os magistrados, na qualidade e com as prerrogativas dos Auxiliares da Justiça na forma da Lei.

A ciência médica diagnostica as patologias do grupo dos DORT desde as épocas mais remotas e já se demonstra a existência de nexos entre estes diagnósticos e o trabalho desde o início da medicina do trabalho, quando se constatou uma doença que ocorria nas lavadeiras, que hoje é reconhecida como Tendinite de De Quervain ou “entorse das lavadeiras”.

Referindo-se a uma abordagem diagnóstica com fins assistenciais, Assunção relata que:

[...] estabelecimento de nexos causais nestes casos deve levar em conta, além dos aspectos citados, a investigação da duração da evolução, a existência de período prolongado de exposição a fatores de risco antes da busca de tratamento médico, levando a diagnósticos tardios. Igualmente, deve-se levar em conta conflitos possíveis na relação médico-paciente, entre paciente e colegas de trabalho e/ou chefia, bem como considerar relevante a existência de outros fatores psicossociais capazes de interferir na percepção da dor e que aparecem referidos na literatura como associados com pior prognóstico e/ou dificuldades de retorno ao trabalho. O somatório desses fatores pode explicar o aspecto dito não característico do caso ou indicar a necessidade de investigação

complementar acerca de outras causas é importante o abandono da atitude de defesa, traduzida na exigência de comprovação impossível, à luz dos conhecimentos atuais, tanto da existência, quanto da inexistência do nexo causal. (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1501-40)

Segundo relata Oliveira:

[...] nem a ciência jurídica nem a medicina trabalham com exatidão rigorosa dos fatos como ocorre nos domínios das ciências exatas. As provas não devem ser avaliadas. (OLIVEIRA, 2006)

Deste modo, inequívoco que DORT não é caso de demanda, técnica ou jurídica, simples ou simplista!²

REFERÊNCIAS

ARGENTINA. Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSeS). **Normas para la evaluación y calificación del grado de invalidez de los trabajadores afiliados al sistema de jubilaciones y pensiones**. Buenos Aires: 1978.

BUENO, Carmen Leite Ribeiro. **A reabilitação profissional e a inserção da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. Florianópolis. Disponível em: <<http://www.prt12.mpt.gov.br/prt/guia/textos/reabilita.pdf>>.

FRANÇA, G. V. de. Infortunística. *In: Medicina legal*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

HOUAISS, Antônio. **Dicionário eletrônico Houaiss versão 3.0**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009. 1 cd-rom.

OLIVEIRA, S. G. de. **Indenizações por acidente do trabalho ou doença ocupacional**. 2. ed. São Paulo: LTr, 2006.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (OIT). **Normas internacionales sobre readaptación profesional: directrices para su aplicación**. Ginebra, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação internacional de funcionalidades CIF**. 2003.

PASTORE, José. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência**. São Paulo: LTr, 2000.

²Tendência ou prática que consiste em considerar apenas uma face ou um aspecto das coisas; simplificação exagerada - HOUAISS 3, 2012